Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O ZACHOWANIU SIĘ
SOKU ŻOŁĄDKOWEGO
W CHOROBACH GORĄCZKOWYCH

na podstawie

doświadczeń dokonanych przez ś. p. Dra Alfreda Wolframa

podał

Dr. W. Ant. Gluziński
Docent med. wewnętrz. i I. asystent kliniki lekarskiej.

KRAKÓW.
Z DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.
1886.

Odbitka z „Przeglądu Lekarskiego."

Rozmaite koleje przechodziła dyjetetyka chorób gorączkowych począwszy od zdrowych a doświadczeniem przy łóżku chorego zdobytych rad Hipokratesa aż do zupełnego niepodawania pokarmów z obawy podniesienia gorączki. — Czasy wyzwolenia zupełnego od tego leczenia „głodem“ chorób ostrych gorączkowych nie są dawne, bo jakkolwiek już Sydenham w XVII wieku wykazywał błędność podobnego postępowania, dopiero jednak od czasu wystąpienia Gravesa koło połowy naszego wieku, a zwłaszcza dzięki zmienionym pojęciom o istocie gorączki, stoimy na gruncie więcéj racyjonalnym. Dziś w obec stwierdzonéj wygórowanéj przemiany pierwiastków, w obec znacznego ubytku na wadze chorego gorączkującego, jest przewodnią naszą myślą, o ile możności nagrodzić ten ubytek, jakkolwiek nie kusimy się wcale, jak to ma miejsce u zdrowego indywiduum, wprowadzić przychód i ubytek w stan równowagi, wiemy bowiem z doświadczeń Voita, że to nawet przy prawidłowéj sile trawienia i wchłaniania, przy odpowiednim ilościowo i jakościowo dowozię jest niemożebném, gdyż rozgrzane komórki nie są w stanie dostatecznie materyjału dowozowego przerobić. Doświadczenie jednak uczy daléj, że u chorych gorączkujących, pewne ilości pokarmów zostają spożytkowane z korzyścią, jeżeli tylko nie przekraczają siły trawienia i wchłaniania danego indywiduum. Od początku téż tego zwrotu w dyjetetyce chorób gorączkowych widzimy starania w zbadaniu funkcyj poszczególnych przewodu pokarmowego u chorych gorączkujących, aby z nich w związku z wyni-

kami badań nad przemianą pierwiastków ułożyć podstawy racyjonalnéj dyjetetyki.

Że żołądek najwięcéj zwrócił uwagi, było następstwem naturalném i znaczenia jego w ogóle i przypadów, jakie u chorych gorączkujących tak często spotykamy, a które znamy pod ogólną nazwą niestrawności gorączkujących *(dyspepsia febrilis)*. Jakim zmianom ulegają czynności żołądka skutkiem gorączki, co jest przyczyną téj dyspepsyi, oto pytania, które roztrząsano i badano, przyczém jednak otrzymywano rozmaite wyniki. I tak:

Beaumont (*Experiments and observations* itd. tłum. niem. p. Bernarda Ludena. Lipsk, 1834) na znanym strzelcu kanadyjskim spostrzegał, że błona śluzowa żołądka wśród gorączki stawała się suchą, mocno czerwoną, a wydzielanie soku żołądkowego miało zupełnie ustawać. Pierwsze naukowe doświadczenie podjął Pavy *(A treatise on the function of digestion* itd., 1869, str. 51) robiąc wyciągi z błony śluzowéj żołądków ludzi zmarłych na chorobę gorączkową i przekonał się, że wyciągi te posiadały dość znaczną siłę trawienia. Hoppe-Seyler (cyt. u Manasseina *Virchows Archiv*, t. 55, str. 423) otrzymał ten sam wynik. Natomiast Schiff[1]) stanowczo twierdzi, że u zwierząt opatrzonych przetoką żołądkową można stwierdzić wśródgorączki zupełne wstrzymanie wydzielania soku zdolnego do trawienia. Manassein zwróciwszy uwagę na niezgodność wyników przekonał się, że pochodziła ona z odmiennego sposobu badania. Gdy bowiem autorowie posługujący się wyciągami bł. śluzowéj twierdzili, że sok u zwierząt gorączkujących dobrze trawi, to ci którzy badali przez przetokę wykazywali wynik wprost przeciwny. Manassein pracując jedną i drugą drogą przekonał się, że wyciągi[2]) dobrze trawią, sok zaś wyciągnięty ma tę samą siłę trawienia, jeżeli do niego doda się HCl. Na podstawie tego dochodzi on do wniosku, że u zwierząt

---

[1]) *Chemische Beiträge zur Fieberlehre Virchows. Archiv*, t. 55 str. 413.

[2]) Wyciągi robione rozcieńczonym kw. solnym.

gorączkujących ilość kw. solnego w soku żołądkowym nieodpowiada ilości pepsyny. Zwrócenie uwagi przez Manasseina na to zachowanie się HCl znalazło wkrótce potwierdzenie i dalsze uzupełnienie.

Uffelmann (*Die Diät in den acutfieberhaften Krankheiten*, 1877) badając wymiociny w 8 przypadkach u osób gorączkujących, przeważnie dzieci, stwierdzał wprawdzie we wszystkich prawie pepton, tém mniéj jednak, im gwałtowniejszą była gorączka; ilość kwasu solnego była jednak zawsze zmniejszoną (z wyjątkiem jednego przypadku).

Veldenowi (*Berl. klin. Woch.*, 1877, Nr. 42) zdarzył się przypadek, że chory, któremu przez dłuższy czas poprzednio w skutek rozstrzeni żołądkowéj wprowadzano sondę w celu przepłukiwań i u którego zawsze kw. solny można było wykazać, zapadł na dur brzuszny. U chorego tego przez cały czas gorączkowania, a nawet przez ośm pierwszych dni stanu bezgorączkowego nie można było wykazać kw. solnego; zmian pod względem pepsyny nie zauważono.

Sassecki (*Petersb. med. Woch.*, 1878, Nr. 19) po przeprowadzeniu badań u 9 gorączkujących doszedł do wniosku, że nie u wszystkich gorączkujących ilość kw. solnego jest zmniejszona, jeżeli jednak cierpią oni na niestrawność, to podstawą jéj jest brak kw. solnego.

Z tych wszystkich spostrzeżeń i doświadczeń jedynie tylko spostrzeżenie Veldena na chorym z durem brzusznym wytrzymuje ściślejszą krytykę. Doświadczenia dokonane na zwierzętach, a przedewszystkiém wyniki pracy Manasseina, nie dają się przenieść wprost na człowieka, wykonane zaś na ludziach nietylko że są skąpe, ale nadto sposób badania nie zupełnie jest poprawny. Również i badania wymiocin w chorobach gorączkowych są niedostateczne, albowiem nie uwzględniano należycie rodzaju choroby i nie badano przez cały ciąg trwania gorączki i w stanie bezgorączkowym.

Takie było stanowisko nauki o trawieniu wśród gorączki, gdy w październiku 1884 śp. kol. Wolfram rozpoczął swe doświadczenia. W badaniach tych używał on metody,

którą podałem i opisałem wspólnie z kol. Jaworskim [1]). Metodą tą badał chorych dzień po dniu w ostrych chorobach aż do rekonwalescencyi, w przewlekłych przez dłuższy przeciąg czasu. Metoda ta polegała na zadrażnieniu bł. śluzowéj żołądka spożyciem białka jaja kurzego na twardo ugotowanego i wyciągnięcie następnie odpowiednio rozcieńczonéj treści za pomocą sondy po upływie pewnego czasu. Treść ta służyła do rozbioru chemicznego (badania śluzu, białka rozpuszczalnego, peptonów) i do przeprowadzenia sztucznego trawienia.

W ten sposób przeprowadził śp. kol. Wolfram badania w 15 przypadkach, a mianowicie: *Typh. exanth.* 1 przyp., *Typh. abdom.* 4 przyp., *Pneum. croup.* 6 przyp., *Intermittens* 2 przyp., *Phthisis pulm.* 1 przyp., *Pleurit. exsud.* 1 przyp. Żałować należy, że przedwczesna śmierć pracownika nietylko przerwała dalsze doświadczenia, ale i uroniła dużo z nagromadzonego już materyjału. Jako świadek pracy i obznajomiony z jéj tokiem z pozostałych notatek chcę złożyć możliwą całość.

Przypadki badane należą przeważnie do chorób zakaźnych ostrych, z przewlekłych bowiem tylko dwa przypadki były przedmiotem badania, główną uwagę zwrócono na zachowanie kw. solnego i pepsyny posługując się w pierwszym względzie próbą Malyego w drugim zaś sztucznem trawieniem wydobytego czystego soku i soku z dodatkiem kw. solnego.

Przystępując do rozbioru otrzymanych wyników za podstawę przytaczamy pierwszy badany przypadek dotyczący chorego na dur osutkowy.

Jak z tablicy téj (I) widzieć można, wynik badania podjętego dzień po dniu przez cały ciąg trwania gorączki aż do 15go dnia choroby, w którym przełamanie gorączki

---

[1]) Gluziński i Jaworski. Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i chorobowo zmienionych. Przegląd Lekarski, 1885. Nr. 3, 4, 5 *Berl. klin. Woch.* 1884, Nr. 33. i *Zeitschr. f. kl. Med.* t. XI zeszyt 1, 2 i 3.

nastąpiło, jest jednakowy. Treść żołądkowa wyciągnięta w $^1/_2$ godziny po rozpoczęciu trawienia podanéj ilości białka oddziaływała zawsze obojętnie, próba zatém na kw. solny musiała wypaść ujemnie, treść ta nie zawierała peptonów, mimo że wyciągnięto jeszcze sporo kawałków spożytego białka, co świadczy o wstrzymaniu trawienia żołądkowego to téż sztucznie poza organizmem przy ciepłocie 38°C. treść nie trawiła, czyniła to jednak, jeżeli dodało się do próby kroplę 0·1% kw. solnego.

Obraz ten zmienił się od razu z chwilą przełamania się gorączki a nastaniem stanu bezgorączkowego. W wyciągniętéj treści pojawił się kw. solny i to w ilości dość znacznéj, jak wykazywały reakcyja i stopień kwasności, wystąpiło wybitne oddziaływanie na peptony i syntoninę, a sama treść sztucznie, już bez dodatku kw. solnego, energicznie trawiła, jednem słowem, trawienie żołądkowe poczęło się odbywać prawidłowo.

Podobne zachowanie się można było stwierdzić w przypadku następującym zapalenia płuc. (tabl. II):

W obydwóch więc tych chorobach kończących się krytycznie z chwilą nagłego przełamania się stanu gorączkowego sok dobrze trawiący zastępował miejsce soku nietrawiącego. Chwila téj zmiany przeciągała się niekiedy i na pierwsze kilka dni rekonwalescencyi podobnie jak w przypadku Veldena, dowodem tego przypadek zapalenia płuc, w którym dopiero kilka dni po przełamaniu zaczął się wydzielać sok trawiący.

Odmienne nieco zachowanie się soku żołądkowego stwierdzono w badanych przypadkach duru brzusznego, które przytaczam: (Tabl. III i IV).

Tu wydzielanie się soku żołądkowego zawierającego kw. solny i trawiącego, jakkolwiek wstrzymane przez czas stałéj gorączki, zaczyna się pojawiać już z chwilą rozpoczęcia się większych wahań ciepłoty, a więc w tak zwanym okresie odczynu *(stadium amphibole)*. Zdaje się, że obok zakażenia samego, o wpływie którego niżéj wspomnę, może sam tor gorączki wpływa na zachowanie się kw. solnego

w soku żołądkowym. Z przytoczonych bowiem przykładów widać, że w przypadkach 'ostrych chorób zakaźnych z gorączką ciągłą (jak w durze osutkowym i zapaleniu płuc włóknikowém, w pewnym okresie duru brzusznego), przez cały czas trwania stanu gorączkowego stałego, a nawet i dłużéj brakowało kw. solnego, gdy ten pojawiał się w dwóch badanych przypadkach duru brzusznego od czasu, gdy rozpoczynała się gorączka o torze zwalniającym. Wprawdzie możnaby fakt ten tłumaczyć różnicą zarazka w jednéj lub drugiéj chorobie lub końcowym okresem saméj choroby zwłaszcza, że podobnie zachowywał się sok żołądkowy i w przypadku zapalenia płuc, w którym nastąpiło powolne przełamanie *(per lysim)*; pierwsze tłumaczenie o tyle jednak zasługuje na uwzględnienie, że podobne zachowanie się stwierdzić było można i w jednym przypadku zapalenia płuc, do którego przyłączyło się jako powikłanie wrzodziejące zapalenie wśródsierdzia, a tor gorączki stałéj zamienił się na znacznie zwalniający, jak również i w przypadku duru brzusznego w okresie gorączki stałéj, gdy takowa w skutek znacznych krwotoków kiszkowych kilka razy stała się dość znacznie zwalniającą. Nie można naturalnie uważać przypuszczenia tego jako zasadniczą regułę, bo już przypadek Veldena, o którym wyżéj wspomniałem, stanowiłby wyjątek. Zresztą sprawa ta będzie poddaną w klinice prof. Korczyńskiego dalszym doświadczeniom, aby stwierdzić, czy sztuczne obniżenia ciepłoty za pomocą środków przeciwgorączkowych wpłynie również korzystnie na wydzielanie kw. solnego.

Przytoczone przypadki duru wysypkowego, brzusznego, zapalenia płuc włóknikowego [1]) zestawiam w oddzielnéj grupie jako stanowiące między badanemi dział chorób gorączkowych ostrych zakaźnych i zachowujących się pod względem soku żołądkowego zupełnie odmiennie od dwóch następnych przypadków, odnoszących się do chorób przewle-

[1]) Badane przypadki zimnicy nie dają się zużytkować, gdyż przyjęte wśród napadu do kliniki powtórnemu napadowi nie uległy.

kłych gorączkowych, w których w czasie badania wykazać było można sok zawierający kw. solny i to w dość znacznéj ilości.

Były to następujące dwa przypadki: (Tabl. V)

Grupa zatém pierwsza badanych przypadków, obejmująca choroby ostro gorączkowe zakaźne, posiadała wspólne prawie cechy dla soku żołądkowego. Te były następujące:

1. Przez cały ciąg stanu gorączkowego (z wyjątkiem końcowego okresu duru brzusznego) nie zawierały kw. solnego.

2. Soki te nie trawiły ani wewnątrz organizmu, gdyż w wyciągniętéj treści nie można było wykazać peptonów, ani téż przy sztucznem trawieniu.

3. Sztucznie trawiły te soki dobrze, jeżeli do próby dodało się odpowiednią ilość kw. solnego, co dowodziło, że pepsyna w tych sokach była, a niezdolność trawienia pochodziła tylko z braku kw. solnego.

4. Z chwilą przełamania się choroby, lub nieco późniéj, wydzielał się sok i w organizmie i poza organizmem dobrze trawiący.

Grupa druga (tj. chorób z gorączką przewlekłą) odznaczała się sokiem żołądkowym, który i podczas trwania gorączki dobrze trawił.

Daleki jestem, aby na podstawie kilkunastu badanych przypadków apodyktycznie wnioskować i przyjmować za regułę bez wyjątków podobne różne zachowanie się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych zakaźnych a nie zakaźnych. Z drugiéj strony trudno przypuścić, aby tylko prosty przypadek mógł zrządzić podobne różnice, dające się snadnie pojąć, tém bardziéj, że spostrzeżeniom przytoczonym nie sprzeciwia się i obserwacyja innych autorów, a w znacznéj części wnioski wynikłe popiera.

W znacznéj części usprawiedliwionym jest zatém podział badanych przypadków na zakaźne i niezakaźne, usprawiedliwione poniekąd byłoby rozszerzenie i uogólnienie przytoczonych cech przez wypowiedzenie zdania, że wśród jednakowych warunków na zachowanie się soku

żołądkowego w chorobach gorączkowych nie tyle podniesiona ciepłota, ile samo zakażenie wpływ wywiera. Przypuszczenie to zyskuje poparcie w codziennném praktyczném doświadczeniu przy łóżku chorego, które poucza, jak znaczną jest różnica i w uczuciu łaknienia i w możności trawienia między dwoma chorymi, równo gorączkującymi, z których jeden ma chorobę zakaźną, drugi niezakaźną.

Przypuszczenie to znajduje poparcie i w fakcie stwierdzonym, że rodzaj gorączki i w innym kierunku, a mianowicie ze względu na przemianę pierwiastków w ustroju wyciska swoje piętno. I tak Bauer *(Ziemssens Handbuch der allg. Therapie*, t. I., cz. I, str. 196) wspomina, że pies, u którego wywołał gorączkę gnilną moczem wydzielał daleko więcéj azotu, aniżeli inny pies, u którego po wstrzyknięciu podskórném oleju krotniowego powstało silne zapalenie z gorączką. Nieobojętne w tym względzie są także i spostrzeżenia Genzmera i Volkmanna *(Ueber septisches u. aseptisches Wundfieber. Samml. klin. Vorträge v. Volkmann*, 1871, Nr. 121), że chorzy z gorączką aseptyczną w przeciwstawieniu do dotkniętych gorączką septyczną nawet po 14-dniowém trwaniu téjże nie okazywali widocznéj utraty na ciężarze ani na sile zapewne i z tego powodu, że byli w stanie lepiéj się odżywiać niż drudzy, bo trawienie ich było lepsze.

Z wyników otrzymanych dadzą się teoretyczne, ale w każdym razie uzasadnione i racyjonalne, wyciągnąć wskazówki lecznicze. W obec braku kw. solnego w czasie stanu gorączkowego w chorobach ostrych zupełnie usprawiedliwione będzie podawanie wewnętrzne kw. solnego. Ułatwi on trawienie żołądkowe, gdyż drugi składnik soku żołądkowego, t. j. pepsyna, jak sztuczne trawienia wykazują, znajduje się mimo gorączki w dostatecznéj ilości. Podawanie kw. solnego témbardziéj zasługuje na uwagę, że już samo uczucie chorych domaga się podania kwasów, budząc smak do rzeczy kwaśnych. Zamiast więc stosowania, jak to jest w zwyczaju, kwasu fosforowego, kwasu Hallera itp., lepiéj podawać racy-

Tablica I.

Data	Dzień choroby	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm. sześć.	Stopień kwasn. względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żelas. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.		Uwaga
									samej treści	z dodat. HCl	
1 grud.	8	r. 39·2 w. 39·8	—	oboj.			wyr.	?	—	—	J. Cz., l. 24. Dur osutkowy. Nasilenie choroby znaczne. Rozpoczęto badanie w 8mym dniu choroby.
2 „	9	r. 39·4 w. 39·6	120	„			„		niestr.	2½ g.	
3 „	10	r. 39·3 w. 39·2	130	„			„				
5 „	11	r. 39 w. 39·2	80	„			„		„	straw.	
6 „	12	r. 39·2 w. 40·4	70	„			„		„	7 g.	
7 „	13	r. 38·2 w. 38·7	85	„			„		„	7 g.	
8 „	14	r. 37·2 w. 38	90	„			„		„	„	
9 „	15	r. 36·8 w. 37·5	130	kw. 14	wyr.	wyr.		zmąc.	3¼ g.	1½ g.	
10 „		r. 37 w. 37·5	110	16	„	„		„	3¾ g.	3 g.	
11 „		r. 36·6 w. 37·5	160	20	„	„		„	3½ g.	3 g.	
12 „		r. 36·6 w. 37·5	110	20	„	„		„	2	1½ g.	
13 „		r. 36·8 w. 37	130	24	„	„		„	?	?	
14 „		r. 36 w. 37	55	28	„	„		„	?	?	

Tablica II.

Data	Dzień choroby	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. lub alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.		Uwaga
									samej treści	z dodat. HCl	
31 stycz.	3	r. 39·8 w. 40·2	30	kw. 0·3							J. Kob. l. 23. Obustronne zapalenie płuc włóknikowe. Rozpoczęto badanie w 3cim dniu choroby.
1 lut.	4	r. 38·8 w. 39·5	130	oboj.				l. zmęc.			
2 „	5	r. 40·1 w. 40·5	90	„			ślad	„			
3 „	6	r. 39·5 w. 39·3	40	„							
4 „	7	r. 36·9 w. 37·4	90	kw. 10	wyr.	wyr.		wyr. zmęc.	4½ g.		
5 „		ciepłota prawidłowa	130	16	„	„		„	„		
6 „			110	12	„	„		„		4¼ g.	
7 „			85	18	„	„		„		2½ g.	
8 „			100	10	„	„		„		2¼ g.	

Tablica III.

Data	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.		Uwaga
								samej treści	z dodat. HCl	
15 luty	r. 39·4 w. 40·5	55	oboj.							T. Sc. l. 27. Dur brzuszny. O ile z przebiegu sądzić można (z wywiadów bowiem nie można ocenić) badanie rozpoczęto w 1szym tygodniu choroby.
16 „	r. 40·5 w. 40·5	115	„			ślad	zmąc.	niestr.	3¾ g.	
17 „	r. 40 w. 40·6	80	kw. 0·6					„	2 g.	
18 „	r. 39·7 w. 40·7	55	kw. 0·25					„	„	
19 „	r. 40 w. 40·7	50	oboj.					?	?	
21 „	r. 39·9 w. 39·3	100	„					niestr.	2 g.	
22 „	r. 40 w. 40·5	60	„					„	„	
23 „	r. 39·7 w. 41·7	15	„					?	?	
24 „	r. 39·7 w. 41·1	35	„					niestr.	4 g.	
25 „	r. 40·4 w. 40	75	„					„	1½ g.	
26 „	r. 39·1 w. 40	80	„					„	2 g.	
27 „	r. 39·5 w. 40·1	65	„					„	„	
28 „	r. 40 w. 40·7	30	„			ślad		?	?	
1 marca	r. 40·5 w. 39·8	100	„					?	?	
2 „	r. 40·1 w. 39·1	75	kw. 5·6	ślad	ślad			4¾ g.		
3 „	r. 39·5 w. 40·5	„	7·6	wyr.	„			?	?	
4 „	r. 39·9 w. 40·7	110	3·2	?	„			6 g.		
6 „	r. 37·3 w. 39·9	60	1·2		?			?	?	
7 „	r. 36·3 w. 38·9	120	4	?	ślad			?	4 g.	
9 „	r. 36·5 w. 37·4	110	8·8	wyr.	wyr.			2 g.		
10 „	r. 36·2 w. 36·6	75	12	„	„			„		
11 „	r. 36·8 w. 37·2	70	6	„	„			4 g.		

Tablica IV.

Data	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.		Uwaga
								samej treści	z dodat. HCl	
17 list.	r. 40·7 w. 39·1	45	0·5							M. Bob. l. 35. Dur brzuszny. Badanie rozpoczęto z końcem drugiego lub początkiem trzeciego tygodnia. W skutek zakrzepu, jaki wśród przebiegu wytworzył się w żyle udowej lewej, doświadczenia przerwano i nie doprowadzono aż do rekonwalescencyi.
18 „	r. 38·7 w. 39·1	75	0·8					niestr.	19 g.	
19 „	r. 37·7 w. 38·3	85	4	?	ślad					
20 „	r. 38·2 w. 39·4	80	2·4		„			niestr.	3 g.	
21 „	r. 38·5 w. 40·5		2·8		„			„	2½ g.	
22 „	r. 38·5 w. 39·3	110	14·4	wyr.	„		zmąc.	2¾ g.	1½ g.	
23 „	r. 37·8 w. 39·1	90	26·4	„	„		„	1/1½ g.		

Tablica V.

Data	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.		Uwaga
								samej treści	z dodat. HCl	
11 stycz.	r. 39·3 w. 39·7	80	kw. 20	wyr.	wyr.		zmąc.			P. Korz., l. 26. Obustronne zapalenie opłucny surowiczo-włóknikowe, w skutek którego chory od dwóch miesięcy gorączkował.
13 „	r. 39·5 w. 39·3	70	12	„	„		„			
14 „	r. 39·2 w. 39·4	70	10	„	„		„			
15 „	r. 38 w. 39·3	70	10	„	„		„			
17 „	r. 39·5 w. 38·8	70	8	„	„		„			
18 „	r. 39·1 w. 39·5	80	10	„	„		„			
11 stycz.	r. 37 w. 38·5	120	8	?	wyr.		zmąc.			W. Kas., l. 22. Obustronne nacieki gruźlicze w szczytach płuc.
13 „	r. 37·5 w. 39·7	140	16	wyr.	„		„			
16 „	r. 37·5 w. 38·7	110	6	?	ślad		sł. zmąc.			
17 „	r. 37·2 w. 38	120	8	?	„		„			
21 „	r. 37·3 w. 38·9	130	16	wyr.						

jonalny kwas, jakim w tych przypadkach jest bezsprzecznie kw. solny. Jeżeliby się okazało z dalszego szeregu doświadczeń, że sztuczne obniżenia ciepłoty równie korzystnie działają na wydzielanie soku żołądkowego, jak zdają się działać samowolne zwolnienia ciepłoty, przybyłoby jeszcze jedno racyjonalne wskazanie dla leczenia przeciwgorączkowego.

Wydzielanie skutecznego soku żołądkowego w chorobach przewlekłych gorączkowych usprawiedliwia nadzieje i daje możność forsownego żywienia takich chorych, jeżeli po temu istnieją odpowiednie wskazania.